ACADÉMIE DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

Tout document incomplet sera retourné au médecin

Les photocopies de ce document ne sont pas acceptées

À retourner, accompagné d'un RIB à l'adresse suivante :

Rectorat de Lyon
Direction des Ressources Humaines
Pôle des affaires médicales
92 rue de Marseille - BP 7227
69354 LYON cedex 07

☎ : 04 72 80 64 43 / 64 49 / 64 46
pam@ac-lyon.fr

À compléter par le médecin

IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ

Merci de compléter à l'encre bleue

Je soussigné, Docteur NOM - Prénom : ……

N° de SIRET : /_____/_____/_____/_____/___/ *(14 chiffres)*

Médecin généraliste agréé demande le règlement de la somme de …….**€** (…….euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous.
(*Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986).*

Timbre du praticien :

Fait à ……, le ……
Signature

À compléter par l'agent

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom de la personne examinée : Prénom :
Nom de jeune fille :
N° sécurité sociale :

Cocher les cases correspondantes :

☐ Enseignant (Discipline) : …… ☐ Non enseignant (Corps) : ……

☐ Public ☐ Privé ☐ Apprenti

☐ Autre : ……